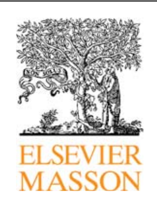
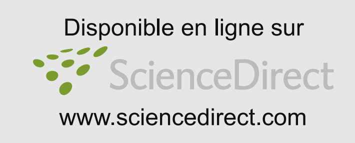
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 30 (2011) 469–474





Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com





Article original

Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Quels acquis, quelles perspectives, un an après son implantation en France

One year implemention of the safe surgery checklist in France, what has been achieved so far, what could be improved?

P. Cabarrot *, R. Bataillon, R. Le Moign

Haute Autorité de santé, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, 2, avenue du Stade de France, 92218 Saint-Denis La Plaine, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 31 mai 2011

Mots clés :
Check-list
Bloc opératoire
Sécurité
Évaluation pratiques professionnelles

RÉSUMÉ

Malgré les importants progrès accomplis au cours des dix dernières années, la sécurité des patients au bloc opératoire reste un sujet de première importance pour tous : professionnels, institutionnels et bien sûr, patients. Dans ce cadre, la Haute Autorité de santé (HAS) a mené une réflexion avec les professionnels travaillant au bloc opératoire. Ce travail a abouti à l'adaptation d'un outil ayant démontré, de manière convaincante, son efficacité pour réduire la morbimortalité périopératoire : la check-list « Sécurité au bloc opératoire » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Afin de promouvoir cet outil d'amélioration de la sécurité des soins, la HAS l'a rendu exigible dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, à partir du 1er janvier 2010 ; de même, les organismes agréés d'accréditation sont partenaires pour la promotion de ce programme. Un an après sa mise en œuvre, la HAS tire un premier bilan des acquis et des perspectives de l'utilisation des check-lists.

Keywords:
Check-list
Safety surgery
Health care safety
Audit
Evaluation

ABSTRACT

Despite important advances accomplished during the last ten years, patient safety in the OR remains a subject high on everyone's priority list: healthcare professionals, organisations and of course, patients. In this setting, the French National Authority for Health (Haute Autorité de santé, HAS) conducted a study with the scientific societies of professionals working in the OR. This study resulted in the adaptation of a tool which has already demonstrated, in a convincing manner, its efficacy in reducing perioperative morbimortality: the World Health Organisation's (WHO) "Surgical Safety Surgery" checklist. In order to promote its, HAS integrated this important tool for improving patient safety into the framework of its certification process of health care organisations beginning in January 1, 2010. Additionally, the organisations receive HAS certification are partners for the programme's promotion. One year after its institution, HAS is undertaking its first evaluation of the lessons and perspectives from the checklist's utilisation.

1. Introduction

Malgré les importants progrès réalisés au cours des 20 dernières années [1], le problème de la sécurité des soins au bloc opératoire reste un sujet prioritaire pour les professionnels de santé travaillant dans ce secteur et aussi pour les institutionnels. Ainsi, en France, sur les quelque 6,5 millions d'interventions chirurgicales réalisées chaque année, le nombre événements indésirables graves survenant dans la période périopératoire serait de l'ordre de 60 à 95 000 par an – la moitié de ces complications étant considérée comme évitables [2].

De nombreux programmes et procédures spécifiques sont mis en œuvre au quotidien dans les établissements, pour améliorer la sécurité des soins. Dans ce but, il a été proposé d'utiliser, comme en aéronautique ou dans l'industrie, des check-lists dont l'efficacité a été démontrée d'abord pour les voies veineuses centrales [3] et plus récemment pour les interventions chirurgicales : ainsi, la

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : p.cabarrot@has-sante.fr (P. Cabarrot).

0750-7658/$ – see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.annfar.2011.04.007

désormais « célèbre » *Surgical Safety Checklist* de l'OMS a permis, dans une étude internationale convaincante, de réduire de manière significative la morbimortalité périopératoire [4].

La question de l'amélioration de la sécurité au bloc opératoire est au cœur des missions de la HAS : la procédure de certification V2010 apprécie au niveau du critère bloc opératoire, les mêmes points clés que le programme OMS, et au vu de l'efficacité ainsi démontrée de cet outil, la HAS a souhaité promouvoir l'utilisation d'une check-list adaptée au contexte français. De même, les organismes agréés pour l'accréditation des médecins exerçant une spécialité à risque ont engagé une réflexion interspécialités sur les prérequis opératoires non ou mal remplis dès décembre 2008 et recommandent depuis plusieurs mois, l'utilisation de cette check-list adaptée.

2. Mise en œuvre en France de la check-list

Depuis la publication princeps [4], le bénéfice global de l'utilisation d'outils type check-list a été confirmé par d'autres travaux [5,6]. En effet, outre le renforcement de l'effet d'actions déjà existantes et la vérification structurée de critères essentiels, l'outil check-list est un vecteur puissant d'amélioration de la communication entre les membres de l'équipe opératoire, et est de nature à renforcer la culture de sécurité au bloc opératoire.

Dans ces conditions, la HAS a souhaité promouvoir l'utilisation d'une check-list de type OMS pour améliorer la sécurité des patients dans les blocs opératoires. Dans ce but, une réflexion a été engagée avec les professionnels sur les meilleures modalités d'adaptation et de mise en œuvre d'une telle check-list en France. Elle a constitué à cet effet un groupe de travail d'une trentaine de personnes représentant le conseil national de chirurgie, les collèges professionnels et organisme agréés pour l'accréditation de chirurgie et d'anesthésie-réanimation, les représentations professionnelles des personnels infirmiers travaillant au bloc opératoire, ainsi que les fédérations d'établissements hospitaliers ; par ailleurs, et c'était un point essentiel, les patients étaient représentés par le LIEN, membre du Collectif inter associatif sur la santé (CISS).

L'objectif du groupe de travail était de produire un outil « utile, utilisable, utilisé » dont les fondamentaux étaient la réalisation de vérifications ultimes croisées et le partage des informations au sein de l'équipe médicosoignante. En complément d'autres vérifications dont la check-list de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) concernant les matériels (dont l'efficacité a déjà été démontrée), l'objectif de cette check-list est d'effectuer au bloc opératoire une vérification des points critiques, partagée au sein de l'équipe (et au-delà commune à l'établissement) et par-là même d'enclencher une dynamique d'équipe mobilisée sur la sécurité.

Les éléments consensuels de base étaient de produire une check-list:

- avec un nombre limité de critères pour favoriser son acceptabilité ;
- proche de celle de l'OMS dont la validité est démontrée ;
- adaptée aux problématiques et réglementations françaises.

Au travers de trois réunions de travail et de nombreux échanges électroniques, le groupe d'experts a stabilisé une check-list à dix items, respectant la structure en trois temps de la check-list OMS :

- le premier temps au bloc, avant l'induction anesthésique, comporte notamment les vérifications concernant le patient, le site à opérer ainsi que les items concernant la sécurité anesthésique ;
- le deuxième juste avant l'incision appelé « Time Out » par les Anglo-Saxons, correspond à une pause pendant laquelle sont revus les procédures chirurgicales et anesthésistes envisagées, les éléments critiques à appréhender et les précautions à mettre en œuvre (notamment antibioprophylaxie) ;
- le troisième temps avant la sortie du bloc comporte les vérifications d'usage (décompte de matériels, identification des pièces...) et la validation conjointe des prescriptions postopératoires.

Certains items de la check-list originelle ont été supprimés car ils étaient considérés comme inutiles ou déjà acquis en France : ainsi, la présentation des différents intervenants ou la vérification de l'oxymétrie de pouls (d'ailleurs incluse de façon implicite dans l'item prévoyant la vérification des éléments de sécurité anesthésique). Les experts français ont en revanche souhaité insister sur d'autres points, comme les conditions de l'installation du patient, celles-ci devant être connues des professionnels du bloc dès l'arrivée du patient et vérifiées avant l'intervention ; de même, il a été jugé plus opportun de vérifier la disponibilité de la documentation (notamment de l'imagerie) avant l'anesthésie. Par ailleurs, il faut souligner deux innovations par rapport au document OMS :

- tout d'abord, un espace pour préciser la décision choisie en cas d'écart avec la check-list, et en particulier, si la procédure chirurgicale a dû être interrompue (No-Go) ou si une procédure alternative a été adoptée
- au verso du document, un mode d'emploi précisant le « Qui fait Quoi et Comment » décliné item par item, ainsi que quelques recommandations génériques telles que : les précisions concernant le coordonnateur de la check-list, c'est-à-dire celui qui vérifie les items de la check-list.

Il s'agit le plus souvent d'un personnel infirmier, en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention, ou le cas échéant, avec le professionnel qualifié en chirurgie ou anesthésie auquel a été délégué un temps opératoire. Enfin, dans l'optique de la limitation du nombre de critères, certains points ont fait l'objet d'arbitrages par le groupe : ainsi des éléments tels que la vérification de la préparation cutanée de l'opéré ou encore la prophylaxie de la maladie thromboembolique n'ont pas été retenues dans cette première version dite 2010-01.

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS dans sa version 2010-01 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et en ce sens, n'est pas modifiable (Annexe). Des modifications pourraient en diminuer la validité et nuire à son utilisation par des professionnels dont une des caractéristiques est la mobilité entre différents blocs opératoires, voire établissements. En revanche, cette check-list peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés pour l'accréditation.

La seconde étape a été celle d'une communication large menée par la HAS et ses partenaires : les sociétés savantes et organisations professionnelles (notamment organismes agréés pour l'accréditation) représentant les différents métiers œuvrant au bloc opératoire : ainsi, la HAS et la plupart des spécialités concernées ont organisé des sessions dédiées au sein des manifestations scientifiques et professionnelles, assorties de nombreuses publications dans les revues de chaque discipline et métiers. L'information a été relayée par les associations de patients. Une information grand public a aussi été faite dans les grands quotidiens nationaux et régionaux, de même avec le support des médias radio et TV.

Par ailleurs, l'effet « Certification des établissements de santé » avec le caractère exigible de la check-list à partir du 1er janvier 2010 a joué un rôle manifeste d'accélérateur grâce au soutien des équipes en charge de la qualité et de la sécurité des établissements.

Ainsi, on peut dire que dès son lancement, la plupart des professionnels a entendu parler de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » ; toutefois, il faut aussi reconnaître que beaucoup de professionnels n'en connaissaient pas suffisamment le mode d'utilisation, les objectifs et surtout les intérêts en matière d'amélioration de la sécurité au bloc opératoire. Il est certain qu'un effort supplémentaire et différent de communication est indispensable sur ces derniers points

Parallèlement à la mise en œuvre de la check-list, la HAS et ses partenaires du groupe national ont défini une politique d'évaluation d'un tel programme qui peut être envisagée à différents niveaux :

- l'évaluation de l'implantation de la check-list : au travers d'indicateurs de structures (modalités pratiques de mise en place dans les établissements) ou de pratiques (par exemple, taux d'utilisation de la check-list par rapport au nombre d'interventions, taux de renseignement des critères...). Une telle évaluation doit aussi appréhender les leviers et les freins à son utilisation ;
- l'évaluation de l'impact de la check-list grâce à des indicateurs de résultats intermédiaires (par exemple, conformité de l'antibioprophylaxie...) ou finaux (par exemple, taux d'infections du site opératoire...).

L'impact de la check-list peut aussi être appréhendé grâce à :

des enquêtes sur la culture de sécurité (par exemple, pour évaluer d'éventuelles modifications du comportement depuis l'introduction de la check-list...) ;

le suivi des événements indésirables graves (EIG) que l'on ne souhaite plus voir (par exemple, erreur de coté, complications neurologiques dans le cadre d'une mauvaise installation du patient...) ou l'analyse des déclarations d'événements porteurs de risque dans le cadre de l'accréditation des médecins;

l'analyse des « No-Go », c'est-à-dire des arrêts de la procédure chirurgicale ou des procédures alternatives choisies par l'équipe en cas de critère non complètement satisfait.

Enfin, le groupe de travail multiprofessionnel national procède à des évolutions de cette check-list sur la base de l'analyse des retours d'expériences – ainsi est en cours de validation la check-list V 2011.

3. Douze mois d'utilisation de la check-list

Il semble que la plupart des établissements français ont mis en œuvre la check-list depuis le 1er janvier 2010, voire même dans les mois précédents. De nombreux établissements ont rapidement informatisé la check-list facilitant le renseignement des critères sur le formulaire du bloc opératoire, le suivi de la diffusion de la check-list dans l'établissement, et finalement l'appropriation par les professionnels, permettant notamment l'identification des secteurs pour lesquels étaient nécessaires des actions de formation/information sur la check-list...

Les retours d'expérience (non publiés) des 50 premières visites de certification V2010, ont montré sur cet échantillon non représentatif, que la check-list était implantée de manière

Tableau 1
Facteurs favorisants et leviers.

Organisationnels	Structurels	Additionnels
Volonté politique de mise en œuvre/direction, CME. La check-list doit s'intégrer dans la politique de sécurité de l'établissement	Adaptation des supports de check-list (informatisation si possible)	Mode d'emploi, posters...
Implication des leaders et du management/conseil de bloc. Le « Portage » de la check-list par l'équipe chirurgicale et anesthésique, qui initie la check-list et la vérifie en fin d'intervention, est essentiel	Choix du mode d'archivage prenant en compte la traçabilité des vérifications et l'utilisation pour des actions d'amélioration de la sécurité des pratiques au bloc	Évaluation de l'utilisation de la check-list – audit de pratiques, feedback aux équipes, enquête auprès des équipes (la procédure est-elle bien acceptée ? les résultats sont-ils satisfaisants...)
Modification de l'organisation du travail Bien clarifier le rôle de chacun pour la check-list	Adaptation de la check-list aux procédures et supports déjà utilisés dans l'établissement (pour éviter la duplication des vérifications)	Suivi d'indicateurs de résultats intermédiaires (ex. taux antibioprophylaxie, nombre d'interventions déprogrammées...) ou finaux (suivi de complications, période de temps écoulé depuis le dernier événement indésirable grave que l'on ne souhaite pas voir se renouveler – ex : erreur de côté...)
Travail sur l'amélioration de la communication interprofessionnelle	Ajout d'items si nécessaire en fonction de l'activité, tout en respectant la structure de la check-list. Ne pas trop en rajouter car cela serait contre-productif	Adoption de check-lists complémentaires (préparation cutanée de l'opéré, circulation extracorporelle pour la chirurgie cardiaque...)
Information/notamment diffusion des données concernant l'efficacité et l'utilité de la check-list Formation des professionnels/utilisation check-list et responsabilités afférentes	Utilisation de la check-list à des fins d'amélioration, notamment en cas d'écarts par rapport à la check-list. Le constat de « Non » trop fréquents doit rapidement conduire à des actions spécifiques	
Souplesse dans l'utilisation de la check-list, (notamment, pour le(s) coordonateur(s) de check-list), mais rigueur pour le renseignement des items : choix Oui/Non si on a ou pas vérifié l'item de manière croisée (pas de critères non renseignés) et pas de check-list remplies rétrospectivement ou passivement	Adoption de check-lists spécifiques (endoscopie, radiologie interventionnelle...)	

généralisée dans 80 % des établissements visités et partiellement dans les 20 % restant. L'appropriation par les professionnels était considérée comme bonne dans 80 % des cas, bien que des résistances au moins partielles aient été identifiées dans 32 % des établissements visités.

La HAS et les organismes agréés pour l'accréditation ont par ailleurs lancé une enquête auprès des médecins engagés dans l'accréditation. Sur les 8781 médecins engagés dans l'accréditation (77 % de libéraux, 11 % de salariés, 12 % exerçant une activité mixte), 1872 médecins exerçant en bloc opératoire (dont 288 anesthésistes) ont répondu à l'enquête. Sur les résultats préliminaires, l'engagement dans les démarches qualité-sécurité de ces praticiens (travaillant donc essentiellement en établissements privés) se traduit par une bonne connaissance de la check-list dont l'utilisation au quotidien est confirmée dans 98,5 % des cas et pour la plupart (77 %) avant son caractère exigible dans le cadre de la certification HAS. Toutefois, la plupart de ces médecins (3/4) « délègue » la check-list à d'autres professionnels (le plus souvent soignant) ; néanmoins, ils déclarent y participer oralement le plus souvent (2/3). Quatre-vingts pour cent des professionnels interrogés estiment que la check-list contribue à améliorer la sécurité des interventions chirurgicales. Plus de la moitié considèrent que la check-list a (aurait) permis de détecter un événement porteur de risque dans leur activité au cours de l'année écoulée. Enfin, de l'avis général (60 %) la réalisation de la check-list ne ralentit pas le travail.

Des études comparables ont été réalisées par la HAS dans des établissements hospitaliers publics – cf. l'expérience du CHU de Nice rapportée dans cette même revue et qui apporte des résultats comparables.

Par ailleurs, les retours d'expérience de la HAS et une étude Inserm réalisée dans les centres de lutte contre le cancer non encore publiés ont permis de préciser les leviers et freins à l'implantation de la check-list (Tableaux 1 et 2). Ces résultats sont d'ailleurs superposables aux rares données publiées sur le sujet traitant de la gouvernance des projets d'amélioration de la sécurité des soins et de l'engagement des professionnels (et notamment de la communauté médicale) [7].

En résumé :

les professionnels dans leur grande majorité reconnaissent à la check-list, une utilité certaine pour l'amélioration de la sécurité au bloc ;

la check-list est quasiment utilisée partout en France – ce qui n'est déjà pas un mince constat, avec une vérification systématique des critères de la liste ;

la check-list n'est toutefois pas toujours utilisée de manière optimale, c'est-à-dire avec une vérification croisée et un partage des informations au sein de l'équipe, notamment au moment considéré comme essentiel par les experts, du Time Out ;

la check-list n'est pas non plus assez utilisée comme support de détection et d'amélioration des No-Go, c'est-à-dire des non-conformités devant arrêter la procédure chirurgicale ou bien a minima donner lieu à une décision concertée de procédure dégradée pour la poursuite de l'intervention.

Tableau 2
Difficultés et freins.

Difficultés liées au concept de l'outil check-list	Difficultés liées aux conditions de mise en œuvre de la check-list	Difficultés en lien avec les objectifs visés
Obstacle culturel: chaque catégorie professionnelle a l'habitude de travailler indépendamment des autres, avec une perception d'excellence individuelle et d'hyper confiance dans des procédures répétitives et rodées	Mode d'emploi pas assez détaillé ou explicite	Risques non prévenus explicitement par la check-list
→ Perception d'inutilité ou de limitation de l'autonomie professionnelle	Difficultés à renseigner certains items	préparation cutanée de l'opéré risque thromboembolique prise en charge de la douleur et des nausées et vomissements postopératoires risque de contamination risque Prion
Réticence « administrative » : la check-list vient en plus d'autres tâches administratives, de formation ou des pressions économiques → Perception de tâche supplémentaire	Difficultés organisationnelles: notamment, si problèmes chroniques de sous effectifs Réticence à ralentir les processus et le flux de travail habituel	Coordination avec le signalement et traitement des événements indésirables
Oralité et « théâtralisation » de l'utilisation en pratique, notamment durant le Time Out Désignation et responsabilité du coordonnateur check-list + Barrière hiérarchique	Présence simultanée anesthésiste / chirurgien Réalisation conjointe des prescriptions postopératoires Identification d'un ou plusieurs coordonateurs, en particulier si changement d'équipes	
Caractère anxiogène pour les patients, de la répétition de certaines questions ou de la formulation de certains critères avant l'anesthésie	Compte final des aiguilles et matériel pas adapté à certaines interventions ou spécialités	
Réticence technique: redondance de certains items déjà renseignés dans d'autres documents au bloc. Intégration de ce nouvel outil dans des démarches déjà existantes de sécurisation au bloc opératoire	Difficulté de vérification des prélèvements si adressés en cours d'intervention	
Choix de Réponse binaire Oui/Non pour certains critères, qui peut porter à confusion	Critères non parfaitement adaptés ou applicables avec difficultés pour certaines activités au bloc ou dans certaines circonstances radiologie interventionnelle endoscopies anesthésies locales urgences absolues pose de voies veineuses centrales	
	Maintien dynamique dans le temps	

4. Quels acquis pour la (les) check-list(s)

« Checklists are hot » c'est ainsi que débute un éditorial récemment publié dans une célèbre revue américaine [8]. Les check-lists sont des outils indiscutables en aéronautique ou dans l'industrie, mais la démonstration de leur efficacité en médecine, récemment démontrée dans des études cliniques de bonne qualité, a entraîné une intense exposition médiatique professionnelle et aussi grand public. Les professionnels de santé, y compris les plus sceptiques, reconnaissent que les check-lists peuvent être des outils utiles pour améliorer la sécurité des soins dispensés. Il n'y a pas de débat non plus sur le fait qu'elles ne sont pas aussi largement utilisées dans le monde de la santé qu'il le faudrait. Les anesthésistes ont été pionniers en la matière avec la check-list de la Sfar ; mais pour la plupart des médecins, l'introduction de check-lists constitue une innovation « perturbatrice » qui a moins de chance d'être spontanément adoptée que d'autres innovations techniques (tel le scanner ou autres progrès). Il s'agit d'acquérir de l'expérience pour définir au mieux la place des check-lists (et le cas échéant la limiter) et aussi préciser leur format.

Après deux ans de réflexion et près d'un an d'utilisation de la check-list au bloc opératoire, les caractéristiques d'une « bonne » check-list sont mieux connues :

- une check-list s'appuie à l'évidence sur des recommandations à haut niveau de preuve ou tout au moins sur un fort consensus professionnel ;
- une check-list doit être clairement formulée et faire l'objet d'une expérimentation test avant sa mise en œuvre ;
- elle doit être courte et ne doit pas viser à couvrir l'ensemble des éléments de la situation vérifiée ;
- une check-list ne doit pas comporter d'éléments inutiles (si déjà mis en œuvre dans la pratique au quotidien ou vérifiés par ailleurs), mais elle ne doit pas oublier ce que les experts Anglo-Saxons appellent les « killer items »;
- une check-list doit faire l'objet d'une évaluation après son implantation.

Ainsi, les check-lists constituent en premier lieu des « reminders » ou aide-mémoires des gestes à réaliser lors d'une procédure à risque. Les check-lists telles que celle proposée au bloc visent également (et surtout) à une modification des comportements, proposant une vérification (une sagesse !) collective de ce que les professionnels font individuellement et un partage d'informations (souvent différentes selon la source) entre les membres de l'équipe.

A contrario :

- les check-lists ne sont pas l'expression d'une médecine codifiée, type application de « recettes de cuisine » – ce n'est pas en suivant une check-list que l'on va opérer ou anesthésier un patient, au même titre d'ailleurs que ce n'est pas la check-list qui fait décoller un avion. Il faut laisser une grande marge d'adaptation (ici, synonyme d'appropriation) aux professionnels confrontés à des situations diverses et très variées ;
- les check-lists ne sont pas la « solution miracle » à tous les problèmes de sécurité, il ne suffit pas d'appliquer des procédures en routine pour garantir l'amélioration de la qualité des soins.

Le plus grave serait que l'application « passive » d'une telle vérification conduite à une baisse de la vigilance des professionnels.

5. Quelles perspectives pour la (les) check-list(s)

Les professionnels de santé, sous l'œil attentif des institutionnels et des usagers de santé doivent absolument s'impliquer dans cette réflexion, et au premier rang, les chirurgiens et anesthésistes, dont le leadership au bloc opératoire est une évidence.

De nombreux professionnels travaillant au bloc utilisent au quotidien la check-list, parfois motivés par la survenue d'un événement indésirable grave (type erreur de coté), ou le plus souvent convaincus par le message porté conjointement par la HAS et les sociétés savantes et organisations professionnelles. Néanmoins, comme les études réalisées depuis sa mise en œuvre le montrent : si la check-list est utilisée au quotidien dans la plupart des blocs français, elle est loin d'être utilisée de manière optimale... Tout se passe comme si les chirurgiens et anesthésistes convaincus dans leur grande majorité de son utilité, souhaitaient que cette procédure soit systématiquement réalisée, mais avec une participation de leur part que l'on qualifiera d'inégale. C'est la raison pour laquelle la poursuite de l'implantation de ce type d'outils ne pourra être réussie qu'avec un important effort d'accompagnement pédagogique et le fort soutien par le leadership tant professionnel (sociétés savantes et organisations professionnelles) qu'au niveau local de l'établissement.

Les étapes ultérieures envisagées par la HAS et ses partenaires scientifiques et professionnels sont clairs :

la check-list doit être renseignée sous l'impulsion des chirurgiens et anesthésistes, de manière participative au sein de l'équipe, notamment au moment du *Time-Out* dont il reste à bien préciser les modalités en France ;

la check-list doit permette de travailler, au sein des établissements et des sociétés savantes, sur les situations de *No-Go*, c'est-à-dire des non-conformités devant arrêter la procédure chirurgicale ou bien a minima donner lieu à une décision concertée de procédure dégradée pour la poursuite de l'intervention.

6. Conclusion

La France, malgré les importants progrès enregistrés en matière de sécurité des soins au cours des dernières années, ne pouvait rester en dehors de l'initiative du programme OMS ; par ailleurs l'outil choisi, la check-list complétait parfaitement le travail effectué au cours des deux dernières années dans le cadre de la certification V2010 des établissements de santé et de l'accréditation des spécialités à risque. L'avantage de la check-list de l'OMS était de fournir un outil simple et valide. Il restait à l'adapter au contexte français, ce qui a été fait avec l'aide des professionnels, des fédérations d'établissements de santé et des représentants des usagers du système de santé. La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est maintenant à l'œuvre dans la plupart des blocs français ; il revient aux professionnels, chirurgiens et anesthésistes en premier lieu, de s'en emparer en complément des autres programmes mis en œuvre pour améliorer la sécurité des soins, de l'évaluer, de la faire évoluer, voire de la compléter avec des check-lists spécifiques. Le rôle de la HAS et de ses partenaires professionnels sera, au vu de cette expérience étendue à la totalité des blocs opératoires français, de préciser la place de ce type d'outils dans l'arsenal des programmes sur la sécurité des soins.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur http://www.sciencedirect.com et doi:10.1016/j.annfar.2011.04.007.

Références

[1] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology 2006;105: 1087–97.
[2] Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) 2005
[3] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease cathether-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006;355:2725–32.
[4] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360:491–9.
[5] de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Engl J Med 2010;363:1928–37.
[6] Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. JAMA 2010;304:1693–700.
[7] Vats A, Vincent C, Nagpal K, Davies R, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. BMJ 2010;340: 133–5.
[8] Davidoff F. Checklists and guidelines: imaging techniques for visualizing what to do. JAMA 2010;304:206–7.